



Universidade de Aveiro
Ano 2014

Departamento de Educação

LÚCIA ISABEL
NARCISO PRATA

BURNOUT, COPING E QUALIDADE DE VIDA
PROFISSIONAL DO CUIDADOR FORMAL EM
CONTEXTO DE REABILITAÇÃO



Universidade de Aveiro
Ano 2014

Departamento de Educação

**LÚCIA ISABEL
NARCISO PRATA**

BURNOUT, COPING E QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL DO CUIDADOR FORMAL EM CONTEXTO DE REABILITAÇÃO

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Associada com Agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

Em memória ao meu pai que desde cedo acreditou em mim e me incentivou a lutar pelos meus objetivos.

Obrigada pelo amor, dedicação e força sempre viva!

A todos que direta ou indiretamente lidam com a problemática da deficiência que constroem grandes seres, ultrapassando barreiras, à priori, intransponíveis.

O júri

presidente

Doutora Sara Otília Marques Monteiro

professora auxiliar convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

Doutora Cláudia Margarida Correia Balula Chaves

professora adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu

Doutora Anabela Maria Sousa Pereira

professora associada com agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

agradecimentos

A todos os que contribuíram, direta e indiretamente, para a concretização deste trabalho fica aqui a expressão do meu sincero e profundo agradecimento.

Aos colaboradores das instituições de apoio à deficiência da ARCIAL, Santa Casa da Misericórdia de Galizes e ABPG de Gouveia, pela preciosa colaboração e envolvimento nesta investigação.

Às direções da ARCIAL, ABPG de Gouveia e Santa Casa da Misericórdia de Galizes por autorizarem este projeto, que esperamos seja um contributo para as instituições.

À Professora Rosa Neto, Presidente da Direção na instituição onde exerço funções, que tão gentilmente acompanhou esta etapa de significância da minha vida pessoal e profissional.

À Professora Doutora Anabela Pereira, pela confiança, partilha, incentivo e rigorosa orientação, contributos essenciais para a realização desta investigação.

A todos, o meu bem-haja!

palavras-chave

cuidadores formais; *burnout*; *coping*; qualidade de vida profissional; deficiência; incapacidade.

resumo

A síndrome de *burnout* caracteriza-se por sentimentos de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal. O presente estudo exploratório pretendeu avaliar a relação entre as variáveis *burnout*, *coping*, qualidade de vida profissional, idade e tempo de serviço em cuidadores formais de jovens e adultos com deficiência e/ou incapacidade. Foi recolhida uma amostra de 94 trabalhadores de três instituições de apoio à deficiência da zona centro, com idades compreendidas entre os 21 e 63 anos. Os instrumentos utilizados foram: um Questionário sociodemográfico, o Inventário de *Burnout* de Maslach (MBI; Manita, 2003); o Questionário de *Coping* (*Brief Cope*; Ribeiro & Rodrigues, 2004) e a Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL5; Carvalho & Sá, 2011). Os resultados mostraram que os cuidadores apresentam baixo nível de *burnout*. As estratégias de *coping* mais utilizadas foram: o planeamento, o *coping* ativo e a reinterpretação positiva. Evidenciam ainda na dimensão da Qualidade de Vida profissional, que os cuidadores apresentam frequentemente satisfação por compaixão e níveis baixos de *burnout* e *stress* traumático, demonstrando que percebem uma qualidade de vida profissional razoável. As dimensões de *burnout* estabelecem uma correlação positiva com o *coping* disfuncional focado nas emoções e encontram-se significativa e negativamente correlacionadas com o *coping* orientado para a resolução de problemas. A dimensão de satisfação por compaixão da qualidade de vida profissional, apresenta uma correlação negativa com a dimensão da realização profissional do *burnout* e com o *burnout* total. A dimensão exaustão emocional do *burnout* apresenta uma relação do tipo negativa com a idade. O recurso a estratégias de *coping* adaptativas, contribuiu na amostra estudada para menores índices de *burnout* e uma melhor qualidade de vida profissional. Este estudo demonstrou a importância de integrar a prevenção da síndrome do *burnout* nas políticas de saúde e segurança no trabalho e desenvolver um plano estratégico de intervenção.

keywords

formal caregivers; burnout; coping; professional quality of life; disability; incapacity.

abstract

Burnout syndrome is characterized by feelings of emotional exhaustion, depersonalization and low personal accomplishment. The aim of this study was to relate burnout, coping, professional quality of life and age and length of service in formal of caregivers of people with disabilities.

A sample of 94 workers from three institutions to support the disability center zone was collected aged between 23 and 63 years. The instruments used were: Socio Demographic Questionnaire, the Maslach Burnout Inventory (MBI; Manita, 2003); Coping Questionnaire (Brief-Cope; Ribeiro & Rodrigues, 2004), Professional Quality of Life Scale (ProQOL5; Carvalho & Sá, 2011).

The results showed that caregivers have a low level of burnout. The most frequently used coping strategies were: planning, active coping, acceptance and positive reinterpretation. It also showed that caregivers often have compassion satisfaction and low levels of burnout and traumatic stress, demonstrating a reasonable professional life quality perceived. The dimensions of burnout, have established a positive correlation with the dysfunctional coping focused on emotions and a significantly and negative correlation with coping-oriented problem solving. The dimension of compassion satisfaction of professional quality of life, is negatively correlated with the size of the professional accomplishment of burnout. The emotional exhaustion shows a relation of negative type with age. This suggests that adaptative coping strategies contribute to lower rates of burnout and a better professional quality of life. This study demonstrated the importance of integrating prevention of burnout in the health policies and the development of integrated intervention at individual and institutional levels.

Índice Geral

1. Introdução.....	1
1.1. O papel do(s) cuidador(es).....	1
1.2. <i>Burnout</i> , <i>coping</i> e Qualidade de Vida Profissional.....	3
1.3. Objetivos e Pertinência do estudo.....	10
2. Metodologia	10
2.1. Caracterização da amostra	10
2.2. Instrumentos.....	12
2.3. Procedimentos.....	14
3. Resultados	15
3.1. Descrição das variáveis: <i>Burnout</i> , <i>Coping</i> e Qualidade de Vida Profissional.....	15
3.2. Relação entre as variáveis estudadas	17
4. Discussão.....	19
5. Bibliografia.....	25
ANEXOS.....	31

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra.	11
Tabela 2 - MBI: Médias da amostra em estudo.	15
Tabela 3 - <i>BRIEF</i> COPE: Médias da amostra em estudo.	16
Tabela 4 - Qualidade de Vida Profissional da amostra.	17
Tabela 5 - Correlação entre Tempo de serviço, Idade, <i>Burnout</i> , <i>Coping</i> e Qualidade de vida profissional.	17
Tabela 6 - Correlação entre <i>Burnout</i> , <i>Coping</i> e Qualidade de vida profissional.	19

Lista de Abreviaturas

A - Aceitação	ID - Idade
ABPG - Associação de Beneficência Popular de Gouveia	M.B.I. - Maslach Burnout Inventory
AC - Auto-culpabilização	N - Negação
AD - Auto- distração	OMS - Organização Mundial de Saúde
ARCIAL - Associação de Recuperação de Crianças Inadaptadas	P - Planear
BR - <i>Burnout</i>	ProQOL 5 - Escala de Qualidade de Vida Profissional
CA - <i>Coping</i> ativo	R - Religião
DC - Desinvestimento comportamental	RP - Reinterpretação positiva
DP - Despersonalização	RP - Realização Pessoal
D.P. - Desvio padrão	SC - Satisfação por compaixão
EE - Exaustão emocional	SE - Suporte emocional
ES - Expressão de sentimentos	SI - Suporte instrumental
H - Humor	ST - <i>Stress</i> traumático
	US - Uso de Substâncias

1. Introdução

1.1. O papel do(s) cuidador(es)

Nos dias de hoje o trabalho desempenha um papel extremamente importante na sociedade, sendo cada vez mais perspectivado não apenas do ponto de vista do posto de trabalho em si e do indivíduo, mas atendendo a todo um conjunto de condições a ele associadas, que afetam os trabalhadores em termos da qualidade das tarefas que desempenham, das interações que estabelecem com os outros e do modo como se percebem a si mesmas. Neste sentido, nos últimos anos tem-se dado uma importância crescente ao impacto do trabalho na saúde física e mental, sendo evidente que este nem sempre possibilita o crescimento e desenvolvimento humano. Pelo contrário, alguns custos têm vindo a ser referenciados, nomeadamente os problemas de insatisfação e realização, o desinteresse e desmotivação, a exaustão emocional e física que, no seu conjunto, podem conduzir a problemas ao nível individual e institucional (Ribeiro, Gomes, & Silva, 2010).

Atualmente em vários domínios ocupacionais, os profissionais são constantemente confrontados com exigências, nem sempre passíveis de serem cumpridas ou geridas de forma adaptativa tendo em conta os recursos pessoais e do meio em que se inserem. Entre estas exigências, que no fundo expressam incompatibilidades ou falta de correspondência entre o trabalhador e o posto de trabalho, encontram-se fatores como, a carga de trabalho excessiva, falta de controlo/autonomia no desempenho das funções, falta de recompensas e reconhecimento do trabalhador, falta de comunidade (no sentido do fornecimento de suporte social), injustiças no contexto de trabalho, e conflito entre valores pessoais e organizacionais. Estes fatores são apontados por vários autores, entre os quais Maslach e Leiter (2008), como fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*, um fenómeno que tem vindo a ganhar expressão em áreas como a saúde e a educação, e que genericamente se traduz pela perda do sentido da relação do indivíduo com o trabalho.

De entre as várias áreas profissionais, o trabalho dos cuidadores formais é entendido como stressante, tanto física como mentalmente, o que os torna vulneráveis a doenças relacionadas com o *stress* ocupacional (Testad et al., 2010). A prestação de cuidados no âmbito da deficiência e incapacidade, reveste-se de grande complexidade e exigência, dadas as características que lhe estão associadas (Gray-Stanley & Muramatsu, 2011). Considera-se pessoa com deficiência e incapacidade, aquela que apresenta

limitações significativas ao nível da atividade e da participação, num ou vários domínios da vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais permanentes e de cuja interação com o meio envolvente resultem dificuldades continuadas, designadamente ao nível da comunicação, aprendizagem, cuidados próprios, competências sociais/interpessoais, competências académica funcionais, trabalho, saúde e segurança, mobilidade e autonomia, dando lugar à necessidade de mobilização de recursos para promover o seu potencial de integração social (Fontes, Fernandes & Botelho 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e outras organizações internacionais defendem que os serviços de saúde mental devem integrar um conjunto diversificado de unidades e programas para assegurar uma resposta efetiva às necessidades específicas de cuidados das populações (Santos, 2010). Neste contexto inserem-se as estruturas de cuidados formais orientadas para o apoio à pessoa com deficiência e incapacidade, com respostas diversificadas, adaptas às características individuais dos beneficiários (Portugal, 2007). No contexto destas estruturas de apoio, salienta-se a importância crescente do papel dos cuidadores formais e o seu impacto na vida da pessoa com deficiência e incapacidade. Para Ricarte (2009), o cuidador é a pessoa ou o sistema que cuida. Este autor categoriza a rede de apoio à pessoa dependente em dois tipos: formal (facultada pelos serviços do sistema formal de saúde, emprego e de solidariedade) e informal (facultada pela família, amigos e vizinhos). De acordo com Shulz e Quittner (1998), o carácter remuneratório na prestação de cuidados, discrimina os cuidadores formais dos informais. No âmbito do cuidado formal, a prestação de cuidados é habitualmente exercida por profissionais devidamente qualificados, detentores de preparação para o desempenho deste papel e encontram-se integrados numa atividade profissional de acordo com as suas competências profissionais, sendo remunerados pelos serviços que prestam (Sequeira, 2007).

A deficiência impõe necessidades pessoais, sociais e médicas que implicam a supervisão constante das atividades de vida diária por parte da pessoa que tem responsabilidade de cuidar. Deste modo, o cuidador formal assume um papel fulcral na vida da pessoa com deficiência, ao nível pessoal, familiar, laboral e social, o que gera por vezes, uma “sobrecarga”, que se traduz em *stress*, fadiga, constrangimento, depressão, alteração da autoestima, entre outros fatores que diminuem a qualidade de vida do cuidador e do cuidado (Martins, Ribeiro & Garret, 2003). Deste modo, áreas ligadas à prevenção da saúde mental destes profissionais deverão ser um fator a considerar já que, da existência de

estratégias que minimizem as consequências físicas e psicológicas, sobretudo devido ao desgaste e aos riscos da profissão (por exemplo, gestão de crises dos clientes), depende também o sucesso e a qualidade da intervenção destes profissionais junto das pessoas a quem prestam cuidados (Gray-Stanley & Muramatsu, 2011).

1.2. *Burnout*, coping e Qualidade de vida profissional

Dados recentes da European Agency for Safety and Health at Work (2013) revelaram que 51% dos profissionais da União Europeia referem a existência de *stress* no seu trabalho, valor que antes de 2010 se situava nos cerca de 20% (Pereira, Queirós, Gonçalves, Carlotto, & Borges, 2014). Uma das consequências do *stress* crónico no trabalho é o *burnout*, fenómeno já considerado um problema de saúde mental, sobretudo em cuidadores (Lin & Lin, 2013), e que tem sido alvo de extensa investigação desde a década de 70 até à atualidade (Braunstein-Bercovitz, 2013; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Freudenberger (1974), psiquiatra e psicanalista norte-americano introduziu o termo “*burnout*” na literatura científica para descrever uma síndrome que ele considerava frequente nos profissionais de saúde, como consequência da tensão emocional resultante do contacto direto com pessoas que apresentavam problemas. Ao longo do tempo, e com as sucessivas investigações de que tem sido alvo, o *burnout* foi sendo definido de diversas formas. A definição mais consolidada parece ser a de Maslach e Jackson (1981), que definem “*burnout*” como um cansaço físico e emocional que leva a uma perda de motivação para o trabalho, e que pode evoluir até ao aparecimento de sentimentos de fracasso, com implicações emocionais e interpessoais. Para a maioria dos autores, o *burnout* sobrevém da perceção por parte do sujeito de uma discrepância entre os esforços realizados e os alcançados no seu trabalho (Montero-Marín et al., 2009; Schaufeliet al., 2003, 2004). É conceptualizado como uma síndrome composta por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional (Maslach et al., 2001), começando o profissional por se sentir esgotado, para em seguida manifestar uma atitude negativa e desumanizada em relação ao trabalho e/ou às pessoas com quem trabalha, avaliando também de forma negativa o seu desempenho profissional e sentindo-se frustrado e sem realização profissional (Monteiro, Cristina, & António, 2014). Por exaustão emocional (qualidade central do *burnout*), entende-se um esgotamento dos

recursos emocionais, morais e psicológicos da pessoa. A despersonalização, representa uma distanciação afetiva ou indiferença emocional em relação aos outros, nomeadamente àqueles que são a razão de ser da atividade profissional (pacientes, clientes, entre outros). Trata-se de uma defesa inconsciente da carga emocional manifesta com atitudes frias, cínicas, desprovidas de afetividade e desumanas. A realização pessoal exprime uma diminuição dos sentimentos de competência e de prazer associados ao desempenho de uma atividade profissional (Maroco & Tecedero, 2009).

A literatura tem apontado vários fatores que predispõem e predizem a emergência do *burnout*, designadamente fatores pessoais e profissionais (Maslach, 2001). Entre os fatores pessoais constam características sociodemográficas como a idade, defendendo-se que são mais vulneráveis os profissionais mais jovens dado serem menos experientes e sentirem-se mais inseguros para lidar com as exigências do trabalho, ou então os profissionais a meio da sua carreira profissional, que lentamente vão sentindo o esgotar dos seus recursos emocionais no confronto com o *stress* crónico laboral. Numa meta-análise sobre a relação da idade e anos de experiência com o esgotamento do trabalhador, foi encontrada uma correlação negativa, sugerindo que o *burnout* diminui com a idade e experiência profissional (Brewer & Shapard, 2004).

Também se tem verificado que as mulheres são mais suscetíveis ao *burnout* do que os homens, bem como os profissionais não casados, o que significa que a existência de uma rede de suporte social positiva ajuda o profissional a lidar melhor com as situações stressantes no trabalho. Quanto às habilitações literárias, são os profissionais com maiores níveis de escolaridade que apresentam maiores índices de *burnout*, talvez consequência da realização de tarefas de maior responsabilidade ou de maiores expectativas que depois veem goradas no seu trabalho (Maslach et al., 2001).

A nível profissional, segundo um estudo realizado com trabalhadores na área da deficiência (Gray-Stanley & Muramatsu, 2011), o *burnout* foi significativamente associado com o *stress* no trabalho, especialmente com o excesso do mesmo, a baixa participação nas decisões e ao grau de incapacidade dos utentes. Uma das particularidades desta síndrome é que ocorre com frequência em profissionais que trabalham diretamente com clientes necessitados ou problemáticos numa ótica de assistência e de ajuda, nas profissões cuja característica principal é o contacto interpessoal (Vicente, Oliveira, & Maroco, 2013).

Queirós (2005) reportou um estudo com 100 profissionais de saúde que trabalhavam com pessoas com deficiência mental profunda onde foram encontrados alguns preditores de *burnout* nestes profissionais, sendo eles a existência de determinadas fontes e respostas de *stress* e valores mais baixos de satisfação, de recursos e de respostas de *coping*.

Num outro estudo realizado, Winstanley e Whittington (2002) analisaram os níveis de ansiedade, *burnout* e os estilos de *coping* de cuidadores de deficientes mentais em hospitais, comparando depois estes três construtos com o tipo e frequência da vivência de experiências agressivas no exercício do ato de cuidar. Verificaram que não existiam diferenças significativas nos níveis de ansiedade ou estilos de *coping* após experiências agressivas, mas os profissionais mais expostos a experiências agressivas revelaram um índice superior de exaustão emocional, conduzindo o aumento da exaustão ao aumento da despersonalização, utilizada como mecanismo de *coping*.

Também Aitken e Schloss (1994) analisaram os níveis de *burnout* em profissionais que prestavam cuidados a sujeitos com deficiência mental, em contexto institucional e em contexto comunitário, tendo constatado que os cuidadores diretos das instituições apresentavam, em média, resultados mais elevados nas subescalas de despersonalização e exaustão emocional, do que os que desempenhavam funções no contexto comunitário, o que seria explicado pelos níveis de realização pessoal e pelas competências de *coping*. Ao comparar a realização pessoal dos profissionais nos dois contextos, os colaboradores que trabalhavam em instituições, apresentavam índices inferiores e por isso um maior risco de *burnout*. Os autores deste estudo, referiram ainda que mesmo que os níveis de *burnout* fossem similares nos vários grupos profissionais de uma organização, os cuidadores diretos poderiam não ter o mesmo nível de recursos, competências e estratégias de *coping* para lidar com as situações, encontrando-se por isso mais susceptíveis à experiência de *burnout*.

Relativamente à variável *coping* a literatura tem apontado para o facto de esta variável estar associada ao *burnout* (Pinto, Silva, & Lima, 2003; Zamora, Castejón, & Fernández, 2004).

Numa proposta clássica, Lazarus e Folkman (1984) definem *coping* como o conjunto de “*esforços comportamentais e cognitivos, em mudança constante, que visam gerir exigências internas ou externas específicas, consideradas como excedendo os*

recursos pessoais” (p.354-355). Este conceito significa: enfrentar, encarar, ultrapassar, fazer face, dar resposta ou adaptar-se a situações adversas (Pocinho & Capelo, 2009).

De acordo com o modelo de Lazarus (1993) a eficácia do *coping* é transacional, ou seja, depende da interação entre várias variáveis, como as características da situação e os recursos do indivíduo, o objetivo do processo de *coping* em si mesmo e determinantes do indivíduo. As estratégias de *coping* são antecipadas por mecanismos de avaliação pessoal e ambiental. Deste modo, a pessoa ativa processos cognitivos para identificar a situação crítica com a qual se depara, verifica as suas condições atuais, experiências eficazes e ineficazes anteriores, nível e grau de risco envolvido e analisa os recursos disponíveis, bem como as alternativas possíveis para lidar com o problema.

As definições das funções de *coping* variam de acordo com o enquadramento teórico que o conceptualiza. Contudo, e apesar das divergências, existe consenso quanto ao estabelecimento de duas funções principais do *coping*: a de gerir ou alterar os problemas que causam o *stress* e a de regular as respostas emocionais ao problema (Lazarus 1993; Frydenberg, 2008). Lazarus e Folkman (1984) designaram estas funções, como agrupamentos preferenciais de estratégias de *coping* que os indivíduos utilizam para fazer face a *stressores* e, definiram dois grandes estilos de *coping*: o *coping* focado nas emoções (incluindo estratégias como o distanciamento e evitamento), que tem como objetivo a regulação emocional perante uma situação *stressora*; e o focado na resolução do problema que tem como objetivo lidar com o problema que está a causar a situação de desregulação.

Carver e colaboradores (1989) não alteraram o modelo de Lazarus e Folkman, apenas acrescentaram apenas alguns aspetos. Referiram-se a estilos de *coping* ou *coping* natural (“*disposition*”) para designar modos estáveis de *coping* que os indivíduos utilizam em situações *stressantes* com que se confrontam. De acordo com os autores, existem estilos de *coping* preferidos que as pessoas utilizariam, e que se manteriam relativamente fixos ao longo tempo e circunstâncias, mais do tipo traço, embora as estratégias de *coping* utilizadas pudessem variar de acordo com o contexto. Deste modo, esta perspetiva, contraria de certa forma a perspetiva clássica que assume ser pouco provável que os traços de personalidade predigam o *coping*. As abordagens disposicionais aproximam-se da teoria do traço e focam as estratégias de *coping* que tendem a ser utilizadas pelos sujeitos em situações *stressantes* variadas. A abordagem situacional, em oposição, visa identificar como mudam as estratégias de *coping* perante situações diferentes.

De forma a conseguir avaliar as diferenças de *coping* quer do ponto de vista da teoria do traço, quer do ponto de vista situacional, Carver e colaboradores (1989), desenvolveram o inventário COPE, para avaliar estilos e estratégias de *coping*, um instrumento que mediante a formulação das respostas poderia ser utilizado tendo por base qualquer um dos modelos explicativos. Os autores apesar de reconhecerem a diferença entre *coping* focado no problema e *coping* focado nas emoções, defendem que a diferença é mais complexa, emergindo, por isso mais do que dois fatores no inventário desenvolvido (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Num estudo realizado por Morán e Silva (2012), para avaliar as estratégias de *coping*, utilizadas numa amostra de professores para lidar com o *stress* crónico no trabalho, os resultados evidenciaram uma relação entre os níveis de *burnout* observados e as estratégias de *coping* utilizadas. Quanto mais vezes os professores recorriam a estratégias de *coping* centradas na resolução de problemas, como o *coping* ativo, o planejar, a procura de suporte instrumental e a reinterpretação positiva das situações stressantes, mais tendiam a aumentar o sentimento de realização pessoal (dimensão positiva do *burnout*) e a diminuir os sentimentos de exaustão emocional e de despersonalização. Gil-Monte (2005), também defende que as pessoas que utilizam, com maior frequência, estratégias de *coping* ativo ou centradas no problema têm maior capacidade de prevenir o *burnout*.

De acordo com estudos desenvolvidos por Leiter (2001), os sujeitos que utilizam com regularidade estratégias de carácter ativo e centradas no problema são menos suscetíveis ao esgotamento no trabalho do que os sujeitos que empregam estratégias de fuga e centradas nas emoções. Pines (1993) também concluiu que estratégias de *coping* ativas, tais como o confronto com o problema, estavam associadas a baixos níveis de *burnout*, enquanto a utilização de estratégias de *coping* passivas, tais como o evitamento, encontravam-se associadas a altos níveis de *burnout*.

Para alguns investigadores, as estratégias de *coping* centradas no evitamento das situações são referidas na literatura como potenciais causadores de problemas de saúde. Deste modo, alguns estilos de *coping*, como a negação, o desinvestimento mental, os desejos irrealistas estão relacionados com problemas psicológicos, sintomas psicossomáticos, enquanto estilos de *coping* mais proactivos, centrados na resolução de problemas, apresentam habitualmente formas mais ajustadas e saudáveis do trabalhador se adaptar às exigências do meio laboral (Haish & Meyers, 2004). Uma revisão sistemática da

literatura revela que, a longo prazo, os processos de *coping* têm efeitos sobre o bem-estar, funcionamento social e saúde física do indivíduo (Lazarus, 1995).

De acordo com a literatura, também o *burnout* parece estar relacionado com a qualidade de vida profissional dos cuidadores, e uma menor qualidade de vida destes profissionais conduz a uma menor qualidade nos cuidados prestados aos clientes (Day & Anderson, 2011; Thomas et al., 2006).

Segundo Stamm (2010) a qualidade de vida profissional é aquela que o indivíduo sente e que deriva do seu trabalho como ajudante. Este constructo, de acordo com o autor, integra aspetos negativos e aspetos positivos. Os aspetos negativos são explicados através do conceito de fadiga por compaixão que, de acordo com a perspetiva do autor, inclui duas dimensões. A primeira diz respeito ao *stress* traumático secundário (STS), que consiste num sentimento negativo resultante do medo ou de trauma relacionado com o trabalho, manifestando-se por sentimentos de medo, dificuldades no sono, intrusão de imagens relativas às experiências traumáticas ou pelo evitamento de tudo aquilo que faz relembrar tais experiências. Por sua vez, a segunda dimensão refere-se ao *burnout*, manifestando-se por sentimentos de ira, frustração, tristeza, descontentamento, exaustão e depressão, relacionados com o sentimento de que o esforço desenvolvido não faz a diferença, com o excesso de trabalho e dificuldades em lidar com a pressão no trabalho ou com o pouco suporte no ambiente de trabalho (Stamm, 2010).

Segundo Stamm (2010) a fadiga por compaixão resulta da exposição prolongada ao *stress* traumático secundário. Estudos desenvolvidos com enfermeiros parecem evidenciar que os avanços terapêuticos, o prolongamento da vida dos doentes e a perceção da falta de tempo, poderão facilitar os estados de fadiga por compaixão (Sabo, 2011). Alguns autores referem que os profissionais (cuidadores formais) com maior compaixão e altruísmo, podem ver a sua saúde mental prejudicada e vulnerabilizada, em consequência da exposição a fatores de *stress* no trabalho, traduzindo-se em estados de exaustão com implicações na vida pessoal, familiar e institucional (Jamieson, Teasdale, Richardson, & Ramirez, 2010). Segundo McHolm (2006), quando surge fadiga por compaixão, o profissional experiencia grande sofrimento emocional e um pronunciado declínio na sua performance profissional e eficiência, associado a um maior risco de aparecimento do erro e, dependendo da severidade e duração da situação de exaustão, poderá também experienciar prejuízos na sua saúde física. De acordo com Codo e Lago (2010) a síndrome

da fadiga por compaixão é uma consequência comportamental e emocional resultante do contacto com o sofrimento alheio. Um estudo desenvolvido nos Estados Unidos, com 153 profissionais de saúde, no qual usaram a escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL 4) para avaliar a fadiga e satisfação por compaixão, evidenciou a existência de elevados índices de cansaço e fadiga por compaixão (Potter et al., 2010).

Num outro estudo desenvolvido por Day e Anderson (2011) que teve como objetivo avaliar a relação entre o *burnout*, depressão e a qualidade de vida numa amostra de cuidadores formais, verificou que níveis elevados de *burnout* correspondem a elevados níveis de sintomas depressivos e a uma menor qualidade de vida. Diversas investigações nesta área sugerem a presença de exaustão e fadiga por compaixão nas relações entre os prestadores de cuidados formais e os seus destinatários (Conrad & Kellar-Guenther, 2006; Kilian 2008; Radley & Figley, 2007). Destaca-se um estudo que avaliou as dimensões fadiga por compaixão e satisfação por compaixão, numa amostra de 363 profissionais integrados em equipas de proteção menores, no qual se identificaram riscos elevados de fadiga por compaixão, no entanto, mais de 70% da amostra expressou um nível alto de satisfação por compaixão, sugerindo que esta dimensão ameniza os efeitos do *burnout* (Conrad & Kellar-Guenther, 2006). Radley e Figley (2007), também abordaram a fadiga por compaixão e a satisfação por compaixão num estudo qualitativo com assistentes sociais clínicos onde salientam a criação de um modelo de satisfação por compaixão enraizado na psicologia positiva. O modelo citado, sugere que os recursos do trabalho podem resultar em satisfação por compaixão e, para a maximização desta dimensão, destacam a importância do treino, da educação e das políticas de trabalho.

Os aspetos positivos da qualidade de vida profissional, segundo Stamm (2010) são explicados através do conceito de satisfação por compaixão que define como sendo o prazer e satisfação relacionada com o trabalho, no qual se desenvolvem sentimentos positivos de realização e prazer em ajudar os outros e de fazer algo construtivo no local de trabalho e na sociedade. Stamm (2010), sugere que esta dimensão atua como um fator protetor relativamente aos *stressores* no trabalho. Num estudo desenvolvido por Rossi e colaboradores (2012), que pretendeu avaliar a fadiga por compaixão, o *burnout* e a satisfação por compaixão, utilizando o instrumento *Professional Quality of Life III*, numa amostra de trabalhadores de serviços de saúde mental, verificaram que os trabalhadores com *stress* psicológico demonstravam elevados níveis de *burnout* e fadiga por compaixão e

baixos níveis de satisfação por compaixão. O elevado nível de fadiga por compaixão foi associado a mulheres que experienciaram um evento negativo de vida no último ano.

Uma meta-análise com o objetivo de analisar a relação entre a satisfação no trabalho e a saúde física e mental evidenciou fortes correlações entre a dimensão satisfação e a saúde mental, nomeadamente com o *burnout*, depressão e ansiedade (Faragher, Cass, & Cooper, 2005).

Como referido anteriormente, e considerando as evidências dos estudos apresentados, os cuidadores formais poderão constituir um grupo de risco, suscetível à experiência de *burnout*.

1.3. Objetivos e Pertinência do estudo

Na revisão bibliográfica que precedeu este estudo, verificámos que a investigação com cuidadores formais na área da deficiência tem sido muito reduzida, fator que determinou o interesse e aprofundamento da mesma. Considerando os pressupostos referidos na literatura, objetiva-se com o presente trabalho:

- (1) Caracterizar a amostra ao nível das diferentes variáveis em estudo: *burnout*, estratégias de *coping* e qualidade de vida profissional.
- (2) Avaliar a relação existente entre os níveis de *burnout*, as estratégias de *coping* utilizadas e a qualidade de vida profissional.
- (3) Explorar a relação entre as variáveis idade, tempo de serviço e o *burnout*, *coping* e a qualidade de vida profissional.

2. Metodologia

2.1. Caracterização da amostra

O presente estudo foi realizado com uma amostra constituída por 94 cuidadores formais de jovens e adultos com deficiência e/ou incapacidade, trabalhadores de três instituições de apoio à pessoa com deficiência dos distritos de Coimbra e da Guarda. Os dados foram obtidos no período de tempo compreendido, entre os meses de fevereiro e maio de 2014. Neste estudo foram respeitados os princípios éticos do consentimento informado, do anonimato e da confidencialidade, nomeadamente na obtenção e análise dos dados e na relação entre os cuidadores e hierarquias das suas instituições. Como critérios

de inclusão na amostra consideraram-se os seguintes: 1) Ser colaborador(a) direto numa instituição recetora de jovens e adultos com deficiência ou incapacidade; 2) Desenvolver tarefas funcionais diretamente com os clientes; e 3) Desempenhar funções a tempo parcial ou integral na instituição destinatária.

As características sociodemográficas encontram-se sistematizadas na Tabela 1 apresentada a seguir.

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra.

		N	%	Medidas descritas
Idade	21-35 Anos	31	32,9	M = 39,98 Mo: 36-49 Anos
	36-49 Anos	45	47,9	
	50-63 Anos	18	19,2	
	Total	94	100,0	
Sexo	Masculino	15	16,0	Mo: Feminino
	Feminino	79	84,0	
	Total	94	100,0	
Estado civil	Solteiro	20	21,3	Mo: Casado
	Casado	59	62,8	
	União de facto	6	6,4	
	Viúvo	7	7,4	
	Divorciado	2	2,1	
	Total	94	100,0	
Habilitações literárias	Básico-1º, 2º e 3º ciclo	38	40,4	Mo: Básico-1º, 2º e 3º ciclo
	Secundário	27	28,7	
	Ensino superior	29	30,9	
	Total	94	100,0	
Filhos	Sim	70	74,5	Mo: Sim
	Não	24	25,5	
	Total	94	100,0	
Profissão	Quadros superiores	26	24,4	Mo: Quadros Médios
	Quadros médios	37	34,7	
	Quadros baixos	31	28,5	
	Total	91	100,0	
Tempo de serviço	1-9 Anos	57	60,6	M = 8,99 Mo: 1-9 Anos
	10-20 Anos	33	35,1	
	22-34 Anos	4	4,3	
	Total	94	100	
Serviço	CAO	36	38,3	Mo: CAO
	Formação profissional	21	22,3	
	Lar/unidade Residencial	31	33,0	
	Apoio domiciliário	6	6,4	
	Total	94	100,0	
Local de trabalho	Arcial	35	37,2	Mo: Santa Casa
	Santa Casa	38	40,4	
	ABPG	21	22,3	
	Total	94	100,0	
Horário	35h	40	42,6	Mo: 40h
	40h	50	53,2	
	Tempo parcial	4	4,3	
	Total	94	100,0	
Trabalho por turnos	Sim	20	21,3	Mo: Não
	Não	74	78,7	
	Total	94	100,0	

M = média, Mo: moda

Pela análise da Tabela 1, verifica-se que a maioria dos participantes se encontra na faixa etária compreendida entre os 36-49 anos, correspondentes a 45% (n=45) da amostra, e maioritariamente do sexo feminino 84% (n=79). O tempo de serviço médio dos indivíduos representados na amostra, corresponde a 8.99 anos, com uma amplitude de um aos 34 anos.

2.2. Instrumentos

A recolha dos dados foi realizada através da aplicação de um protocolo de avaliação, constituído pelo questionário sociodemográfico, Inventário de *Burnout* - MBI-*Maslach Burnout Inventory*, uma versão para investigação em população portuguesa construída por Manita (2003) a partir de Maslach, Jackson e Leiter (1996), o *Brief COPE*, adaptado de *Brief Cope* de Carver (1977), uma versão portuguesa de País Ribeiro e Rodrigues (2004), e a Escala de Qualidade de Vida Profissional - ProQOL 5 (Stamm, 2009; Carvalho & Sá, 2011).

Variáveis sociodemográficas

O questionário sociodemográfico pretendeu caracterizar e avaliar as variáveis idade, género, estado civil, habilitações literárias, profissão, categoria profissional, serviço e carga horária semanal.

Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) numa versão para investigação construída por Manita (2003) a partir de Maslach, Jackson e Leiter (1996). O M.B.I. consiste num instrumento concebido para avaliar de forma contínua (e não em termos de presença ou ausência da síndrome) o *burnout*, variando a sua classificação entre níveis classificados de baixo, médio e alto. É composto por 22 itens de autorresposta, distribuídos por três subescalas: Exaustão Emocional (EE) com nove itens (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20), Despersonalização (DP) com cinco itens (5, 10, 11, 15 e 22) e Realização Pessoal (RP) composta por oito itens (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21). A resposta é dada sobre a frequência com que cada sentimento ocorre numa escala ordinal tipo *Likert* de sete pontos, cuja pontuação varia, entre 0 "Nunca" a 6 "todos os dias". Dado que as dimensões do *burnout* são avaliadas separadamente, ao somar o resultado dos itens que constituem cada dimensão, obtêm-se as pontuações de cada subescala. Em termos de avaliação geral da

síndrome de *burnout*, os resultados podem atingir desde um valor mínimo de zero até um valor máximo de 132 (ver anexo 2). Valores elevados nos fatores de exaustão emocional e despersonalização e baixos no fator de realização pessoal (subescala com um *score* reverso), traduzem níveis elevados de *burnout*.

No que diz respeito à consistência interna da versão do MBI utilizada nesta investigação, os *alfas* de *cronbach* encontrados para as dimensões do *burnout* relativas à exaustão emocional e realização pessoal encontram-se acima de 0.80, sugerindo uma boa consistência interna. O fator *despersonalização* obteve um valor de alfa inferior, correspondente a 0.56, sugerindo uma baixa consistência interna nesta dimensão. Contudo, este resultado vai ao encontro de outros estudos enunciados na literatura que nos indicam que as pontuações alcançadas nesta dimensão são substancialmente inferiores (Vicente et al., 2013). Os valores de alfa obtidos no nosso estudo poderão ser comparados com estudos anteriores, de acordo com a tabela apresentada em anexo (ver Tabela 2 no Anexo 1).

Brief COPE, instrumento desenvolvido por Carver (1997) e adaptado para a população portuguesa por Ribeiro e Rodrigues (2004). O *Brief COPE*, é um instrumento de auto preenchimento constituído por 28 itens agrupados em 14 escalas, com dois itens cada, correspondentes a: *coping* ativo, planeamento, reinterpretação positiva, aceitação, humor, religião, uso de suporte instrumental, uso de suporte emocional, auto-distração, negação, expressão de sentimentos, uso de substâncias, desinvestimento comportamental e auto-culpabilização. Uma particularidade deste instrumento consiste no facto de a resposta aos seus itens poder ser alterada consoante a investigação pretenda avaliar o *coping* enquanto estado ou enquanto traço. A resposta aos itens é dada numa escala ordinal de “0” a “3”, em que o “0” corresponde à opção de resposta “nunca faço isto” e o 3 corresponde a “faço sempre isto”. Deste modo, e porque a nossa investigação pretende avaliar o *coping* enquanto traço, as alternativas de resposta aos itens serão por exemplo “costumo fazer isto”, ao invés de “fiz isto”. Em termos de consistência interna do *Brief COPE*, os valores do *alfa* de *cronbach* encontrados no nosso estudo são aceitáveis, apresentando valores semelhantes aos encontrados em estudos anteriores (ver Tabela 2 no Anexo 1). Verificamos que em Ribeiro e Rodrigues (2004) apenas a subescala aceitação, apresentava um *alfa* inferior ao valor fronteira de 0.60, enquanto no presente estudo foram encontradas três subescalas com baixa consistência interna, correspondentes às dimensões, auto-

culpabilização com *alfa* de 0.53, auto-distração com *alfa* de 0.48 e desinvestimento comportamental com um *alfa* de 0.51.

Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL5) (*Professional Quality of Life Scale*; Stamm, 2009; Versão Portuguesa aferida de Carvalho e Sá em 2011). A ProQOL 5 é uma escala formada por 30 itens divididos em três subescalas que avaliam três aspetos distintos: Satisfação por Compaixão, *Burnout* e *Stress* Traumático. A cada subescala correspondem dez itens - Satisfação por Compaixão (itens 3,6,12,16,18,20,22,24,27,30); *Burnout* (itens 1,4,8,10,15,17,19,21,26,29) e *Stress* Traumático Secundário (itens 2,5,7,9,11,13,14,23,25,28). Cada item equivale a uma afirmação à qual se atribui uma pontuação que varia entre um e cinco, correspondendo a uma escala ordinal de frequência (1=Nunca; 2=Raramente; 3=Por Vezes; 4=Freqüentemente e 5=Muito Freqüentemente). O somatório para cada subescala realiza-se através da soma da pontuação de cada um dos dez itens correspondentes. Para realizar o somatório da subescala de *Burnout*, deve-se reverter a pontuação dos itens 1, 4, 15, 17, e 29. A consistência interna, avaliada a partir do *alfa de cronbach*, da escala total é de .72. Para cada um dos somatórios de itens identificados, a percentagem de variância explicada e o índice de consistência interna são respetivamente para o primeiro fator (stress traumático secundário/ trauma vicariante) .64, para o segundo fator (satisfação por compaixão) .81 e para o terceiro fator (*burnout*) .71.

2.3. Procedimentos

Procedimentos de Recolha de Dados

O presente estudo é de tipo quantitativo, baseado em questionários de auto-resposta. O procedimento inicial de recolha dos dados implicou o contacto com os Presidentes das Direções das instituições onde pretendíamos realizar a respetiva investigação. Após obtermos autorização das direções, reunimos com os responsáveis pela gestão direta das instituições. Posteriormente foram agendadas reuniões com os colaboradores de cada resposta social, com carácter informativo (natureza, objetivos e pertinência da investigação) e esclarecimento de eventuais questões (instruções específicas relativamente aos instrumentos protocolados). Foi elaborado um consentimento informado com toda a informação relativa ao estudo, incluindo ser de carácter voluntário e confidencial, apresentado aquando a entrega dos questionários aos colaboradores. Os

Protocolos de Avaliação foram rececionados ao longo de quatro meses, no período compreendido entre os meses de fevereiro e maio de 2014.

A dinamização destes procedimentos, abrangeu de igual forma, as três instituições participantes neste estudo.

Procedimento Estatístico

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Com este programa procedeu-se aos cálculos necessários para realizar as análises estatísticas descritivas e inferenciais. As análises descritivas envolveram o cálculo das frequências, médias e desvios-padrão das variáveis em estudo. Para testar as associações entre as variáveis, foram calculados os coeficientes de correlação de *Pearson*. Descriminou-se $p < .05$ como nível de significância estatística.

3. Resultados

3.1. Descrição das variáveis: *Burnout*, *Coping* e Qualidade de Vida Profissional

Como indica a tabela 2, os valores médios obtidos evidenciaram níveis médios baixos de *burnout* nas dimensões de exaustão emocional (M=15.24; DP=9.83) e de despersonalização (M=3.22; DP=3.79). Na dimensão de realização pessoal, a média encontrada na nossa amostra é significativamente baixa (M=11.52; DP=9.24). De referir que quanto ao total de *burnout* foi encontrada uma média baixa, comparativamente ao valor máximo (132) teórico possível. Para avaliação dos resultados, foram comparadas as médias obtidas nesta amostra com o valor mínimo e máximo de cada dimensão, e por outro lado, comparadas com os valores de referência apontados no manual norte-americano do MBI (ver Anexo 2).

Tabela 2 - MBI: Médias da amostra em estudo.

Escala MBI	N	Média	DP
Exaustão Emocional	94	15.24	9.833
Despersonalização	94	3.22	3.796
Realização Pessoal	94	11.52	9.245
Total Burnout	94	29.99	13.802

Pela análise da Tabela 3, verifica-se que o valor médio total obtido na maioria das subescalas é baixo, tendo em conta o valor máximo (seis) e mínimo (zero) teóricos possíveis para cada subescala. Pode-se constatar que as estratégias de *coping* mais frequentes no universo inquirido registam-se ao nível da reinterpretação positiva (M=3.81), *coping* ativo (M=3.79), planeamento (M=3.71) e aceitação (M=3.07). As dimensões de *coping* menos evidentes na amostra em estudo, são registadas ao nível do uso de substâncias (M=.18), desinvestimento comportamental (M=.59) e negação (M=1.33). Quanto às restantes dimensões de *coping*, apresentam valores entre o baixo a moderado (contidos num intervalo de 1.9 até 3.07).

Tabela 3 - BRIEF COPE: Médias da amostra em estudo.

Escala Brief COPE	N	Média	D.P
Coping Ativo	94	3.79	1.544
Planear	94	3.71	1.250
Utilizar suporte Instrumental	94	2.73	1.468
Utilizar suporte emocional	94	2.98	1.600
Religião	94	2.03	1.629
Reinterpretação positiva	94	3.81	1.526
Auto- culpabilização	94	1.93	1.080
Aceitação	94	3.07	1.401
Expressão de Sentimentos	94	2.49	1.508
Negação	94	1.33	1.290
Auto- distração	94	1.99	1.240
Desinvestimento Comportamental	94	.59	.966
Uso de substâncias	94	.18	.655
Humor	94	2.97	1.455

* 0= Nunca faço isto

1= Faço isto por vezes

2= Em média é isto que faço

3= Faço sempre isto

No que diz respeito à escala ProQOL5, pode-se referir que os indivíduos, na generalidade, consideram que frequentemente obtêm satisfação por compaixão, pois apresentam uma média de 3.93 que se aproxima da opção “frequente” da escala que compõe o questionário. A dimensão *burnout*, com média de 2.17, localiza-se próximo do valor “raramente”, sugerindo que os sujeitos, raramente, evidenciam esta dimensão. Há

ainda a referir, que numa escala ordinal de frequência de um a cinco, em que o valor um corresponde a “nunca” e o valor cinco a “muito frequente”, a dimensão *stress* traumático secundário, apresentou um valor médio de 2.34.

Tabela 4 - Qualidade de Vida Profissional da amostra.

		n	Média
Qualidade de vida profissional	Satisfação por compaixão	94	3.93
	Burnout	94	2.17
	Stress traumático	94	2.34

* 1=Nunca
2=Raramente
3= Por Vezes
4=Freqüentemente
5=Muito Freqüentemente

3.2. Relação entre as variáveis estudadas

As análises que se seguem vão-nos permitir dar resposta aos objetivos do estudo. Começamos por analisar a correlação entre a idade o *burnout*, *coping* e a qualidade de vida profissional. Neste domínio foi verificada a existência de uma correlação, negativa e significativa, entre a idade e a utilização de estratégias de *coping* de auto-distração, $r = -.235$, $p = .023$. Deste modo, denota-se uma tendência para recorrer menos a este tipo de estratégia de *coping* com o aumento da idade (ver tabela 5).

Relativamente às dimensões do *burnout*, os resultados evidenciam que os níveis de exaustão emocional se associam significativamente à idade, $r = -.222$, $p = .031$. O tipo de correlação existente demonstra uma relação do tipo negativa, evidenciando que à medida que a idade aumenta a exaustão emocional tende a diminuir.

Relativamente à variável tempo de serviço, verificou-se que não existe uma relação estatisticamente significativa entre esta e as variáveis em estudo (ver tabela 5).

Tabela 5 - Correlação entre Tempo de serviço, Idade, *Burnout*, *Coping* e Qualidade de vida profissional.

	Tempo de serviço	Idade	MBI EE	MBI DP	MBI RP	MBI BR Total
I	-,044	1	-,222*	-,023	,141	-,070
CA	-,095	,048	-,050	-,010	-,379**	-,293**
P	-,072	-,120	,042	-,011	-,434**	-,264*
SI	-,185	-,028	,007	,001	-,194	-,125

<i>Brief</i>	SE	-,044	-,154	,162	,063	,002	,134
	R	,065	,196	-,152	,039	-,089	-,157
COPE	RP	-,023	,012	-,120	-,011	-,544**	-,453**
	AC	,003	-,008	,101	,222*	,107	,205*
	A	-,081	-,127	-,142	-,074	-,228*	-,274**
	ES	-,020	-,112	,359**	,078	-,190	,150
	N	,125	,140	,120	,178	,091	,195
	AD	-,056	-,235*	,237*	,149	-,049	,177
	DC	-,051	-,056	,165	,140	,360**	,397**
	US	-,054	-,069	-,022	,316**	,195	,202
	H	-,010	-,044	-,052	,093	-,203*	-,148
	SC	-,088	,009	-,114	-,139	-,371**	-,369**
ProQOL 5	BR	,069	-,028	,359**	,251*	,454**	,629**
	ST	,108	,144	,205*	,258*	,368**	,464**

**p < .01

*, p < .05

ID= Idade; CA= *coping* ativo; P= planejar; SI= suporte instrumental; SE= suporte emocional; R= religião; RP= reinterpretação positiva; AC= auto-culpabilização; A= aceitação; ES= expressão de sentimentos; N= negação; AD= auto-distração; DC= desinvestimento comportamental; US= uso de substâncias; H= humor; SC= satisfação por compaixão; BR= *burnout*; ST= *stress* traumático; EE= exaustão emocional; DP= despersonalização; RP= realização pessoal

No que respeita à relação entre as dimensões do *burnout*, estratégias de *coping* e qualidade de vida profissional, a partir da análise tabela 6, verifica-se que na dimensão exaustão emocional, foram encontradas correlações positivas significativas entre a referida subescala do MBI e as dimensões de *coping*, de expressão de sentimento ($r = .359$, $p < .001$) e de auto-distração ($r = .237$, $p = .021$).

Foram também evidenciadas correlações positivas significativas entre a subescala de despersonalização do MBI e as estratégias de *coping* auto-culpabilização ($r = .222$, $p = .032$) e uso de substâncias ($r = .316$, $p = .002$).

No que concerne ao *burnout* associado à dimensão de realização pessoal, foram encontradas correlações positivas desta variável com a dimensão de coping relativa ao desinvestimento comportamental ($r = .360$, $p < .001$), tendo também sido evidenciadas correlações negativas com as estratégias de *coping* associadas ao humor ($r = -.203$, $p = .049$), aceitação ($r = -.228$, $p = .027$), *coping* ativo ($r = -.379$, $p = .004$), planeamento ($r = -.434$, $p = .01$) e reinterpretação positiva ($r = -.453$, $p < .001$). Relativamente à escala total do MBI, associada à experiência de *burnout* total, foram encontradas correlações negativas significativas da mesma com as dimensões do *coping* de reinterpretação positiva ($r = -.544$, $p < .001$) e aceitação ($r = -.274$, $p = .007$). No sentido inverso, foram evidenciadas

correlações positivas significativas desta escala com a auto-culpabilização ($r = .205$, $p = .048$) e o desinvestimento comportamental ($r = .397$, $p < .001$).

Relativamente à relação entre as dimensões do *coping* e a variável qualidade de vida profissional, foram evidenciadas correlações significativas negativas entre a subescala *burnout* do ProQOL5 e as seguintes estratégias de *coping*: *coping* ativo ($r = -.34$, $p = .001$), planeamento ($r = -.243$, $p = .018$), religião ($r = -.306$, $p = .003$), e reinterpretação positiva ($r = -.331$, $p = .001$). Foram, ainda, encontradas correlações positivas entre a referida dimensão da qualidade de vida profissional e as estratégias de *coping* de auto-culpabilização ($r = .233$, $p = .024$) e uso de substâncias ($r = .223$, $p = .03$).

No que respeita à relação entre as dimensões do *burnout* e da qualidade de vida profissional, ao nível da subescala de satisfação por compaixão, foram evidenciadas correlações negativas significativas desta com a dimensão do *burnout* associado à realização pessoal ($r = -.371$, $p < .001$) e com a escala total do MBI ($r = -.369$, $p < .001$).

Tabela 6 - Correlação entre *Burnout*, *Coping* e Qualidade de vida profissional.

		MBI EE	MBI DP	MBI RP	MBI BR Total	SC	BR	S T
Brief COPE	CA	-,050	-,010	-,379**	-,293**	,426**	-,340**	-,081
	P	,042	-,011	-,434**	-,264*	,239*	-,243*	-,125
	SI	,007	,001	-,194	-,125	,263*	-,133	,130
	SE	,162	,063	,002	,134	-,005	,021	,227*
	R	-,152	,039	-,089	-,157	,120	-,306**	-,133
	RP	-,120	-,011	-,544**	-,453**	,320**	-,331**	-,244*
	AC	,101	,222*	,107	,205*	-,073	,233*	,303**
	A	-,142	-,074	-,228*	-,274**	,143	-,009	-,101
	ES	,359**	,078	-,190	,150	,075	,052	,200
	N	,120	,178	,091	,195	-,132	,156	,208*
	AD	,237*	,149	-,049	,177	-,094	,067	,255*
	DC	,165	,140	,360**	,397**	-,219*	,141	,185
	US	-,022	,316**	,195	,202	-,233*	,223*	,243*
	H	-,052	,093	-,203*	-,148	,148	-,030	,040
ProQOL 5	SC	-,114	-,139	-,371**	-,369**		-,374**	-,109
	BR	,359	,251	,454**	,629**			,535**
	ST	,205	,258	,368**	,464**			

** $p < .01$

*. $p < .05$

4. Discussão

Após a apresentação, análise e interpretação dos resultados procedeu-se a uma reflexão crítica sequencial dos mesmos, confrontando-os com o quadro teórico de referência através de alguns trabalhos de investigação no âmbito da relação entre *burnout*, estratégias de *coping* e qualidade de vida profissional.

Segundo Maslach e Jackson (1981), altos níveis nas dimensões de exaustão emocional e despersonalização e baixos na realização pessoal são indicadores da síndrome de *burnout*. Os resultados obtidos na nossa amostra, são indicadores de baixos níveis de *burnout* nas dimensões de exaustão emocional e despersonalização, contudo indicam um baixo sentimento de realização pessoal. A baixa média encontrada na dimensão de realização profissional, sugere que os cuidadores da nossa amostra poderão encontrar-se em situação de maior vulnerabilidade face ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*, o que pode comprometer, a curto ou médio prazo, a sua qualidade de vida profissional (Salanova, 2009).

Estes resultados estão próximos dos valores encontrados na literatura em vários estudos anteriores (Dias, Queirós, & Carlotto 2010; Monteiro et al., 2014; Oliveira & Pereira, 2012; Patrick, 2007; Silva, 2009). Relativamente aos indicadores de *burnout*, o aspeto mais saliente na nossa amostra prendeu-se com o facto dos valores encontrados serem mais positivos comparativamente aos resultados encontrados em estudos anteriores (Fasquilho, 2005a; Queirós, 2005), nomeadamente, em investigações realizadas no contexto específico da saúde mental. Estudos internacionais referem que o trabalho na área da saúde mental é um fator de *stress* e de esgotamento, podendo interferir na qualidade da assistência e em casos extremos, inviabilizar a continuidade de serviços (Rebouças, 2007). De acordo com Santos e Cardoso (2010), o trabalho no domínio da saúde mental, pela sua complexidade e especificidade, é considerado de alta vulnerabilidade à sobrecarga emocional. Langdon e colegas (2007), num estudo realizado com prestadores de cuidados à pessoa com deficiência, investigaram a relação entre o *burnout*, a satisfação no trabalho e a emoção expressa tendo apresentado níveis de *burnout* elevados.

Os baixos valores de prevalência de *burnout* encontrados na nossa amostra, podem ser explicados de acordo com a formulação teórica de Pearlman e Hartman (1978) acerca do fenómeno de *burnout*. De acordo com estes autores, o *burnout* manifesta-se sobretudo através da dimensão de exaustão emocional, que ocorre quando as fontes de *stress*

excedem as capacidades de *coping* ou estas não estão em congruência com o sistema de crenças e valores do sujeito. O baixo nível de despersonalização poderá estar associado a uma capacidade benéfica de identificação e empatia com os clientes/utentes. Tal como aponta Müller (2004), os sintomas de despersonalização estão relacionados com condutas defensivas, desmotivação e falta de entusiasmo e interesse. Por sua vez, os níveis baixos de realização pessoal encontrados, de acordo com o autor, podem indicar que os profissionais de reabilitação percebem o seu trabalho como uma “prática de ajuda”, não obtendo no entanto como recompensa a experiência de gratificação pessoal.

Relativamente à Qualidade de vida profissional, os cuidadores da nossa amostra apresentam frequentemente satisfação por compaixão no seu desempenho profissional, salientando-se desta forma os efeitos positivos da prestação de cuidados (Stamm, 2002), sendo que os níveis de *burnout* e *stress* traumático apresentam níveis baixos a moderados. Segundo Stamm (2002), o resultado observado é o mais positivo, sugerindo que os cuidadores da amostra em estudo são qualitativamente eficazes no desempenho do seu trabalho. Os resultados do nosso estudo também confirmam as associações existentes entre as dimensões avaliadas pela ProQOL5 e algumas dimensões do *burnout* referidas na literatura. Como seria espectável, evidenciam que a variável satisfação por compaixão encontra-se significativa e negativamente correlacionada com o índice de *burnout* total, significando que, quando este aumenta, o nível de satisfação por compaixão no trabalho diminui. Estes resultados vão no sentido de alguns estudos encontrados na literatura, que nos indicam que elevados níveis de *burnout* correspondem por sua vez a uma menor qualidade de vida (Day & Anderson, 2011; Takai e tal., 2009). Estes dados permitem-nos concluir que, pela força das correlações, a satisfação por compaixão constitui um fator protetor do profissional, funcionando como um filtro nos períodos de exposição aos fatores facilitadores de *burnout* e do *stress* traumático (Stamm, 2010).

No nosso estudo verificamos que em relação ao estilo de *coping*, as estratégias mais utilizadas pelos cuidadores formais da nossa amostra são as centradas na resolução de problemas, como o “planeamento”, o “*coping* ativo” e a “reinterpretação positiva”. Deste modo, podemos inferir que os profissionais da nossa amostra para lidarem com as exigências e obstáculos no trabalho, optam por estratégias adaptativas e funcionais, orientadas para a resolução de problemas e baseadas em ações e reavaliações cognitivas e proactivas, o que conduz a uma menor vulnerabilidade ao *stress* (Latack, 1986). Os

resultados obtidos são similares aos observados em estudos anteriores (Gomes, Santos, & Carolino, 2013; Morán & Silva, 2012; Pocinho & Capelo, 2009; Silva, 2009), em que os autores concluíram que os profissionais utilizam estilos de *coping* proactivos para evitar o *stress* ocupacional e lidar com as dificuldades e exigências da profissão.

Zamora e colegas (2004), defendem que existem variáveis mediadoras da síndrome de *burnout*, de entre as quais salientam as estratégias de *coping* utilizadas pelos sujeitos para lidar com as situações *stressantes* do dia-a-dia, de dano, ameaça ou de desafio. No nosso estudo confirma-se a associação reiterada na literatura relativamente a estas duas variáveis. Neste sentido, verifica-se uma correlação positiva entre as dimensões avaliadas pelo *burnout* (exaustão emocional, despersonalização, *burnout* total) e as estratégias de *coping* menos pró-ativas que surgem, à semelhança do que acontece na literatura, como preditivas do *burnout*. Estratégias centradas nas emoções, como a expressão de sentimentos, auto-distração, auto-culpabilização, uso de substâncias e desinvestimento comportamental apresentam na amostra estudada uma correlação positiva com as dimensões de *burnout* referidas, ou seja, a utilização destas estratégias traduz-se no aumento da manifestação de *burnout* nas dimensões de exaustão emocional, despersonalização e *burnout* total. Inversamente, as estratégias de *coping* que parecem constituir um fator de proteção para a manifestação de índices superiores do *burnout* no nosso estudo são, o *coping* ativo, a aceitação, a reinterpretação positiva, o planeamento e a religião. Sugere-se assim que a prevalência de estratégias proactivas na nossa amostra se encontre associada aos baixos níveis de *burnout* encontrados, nas duas medidas utilizadas para avaliar esta variável (MBI e ProQOL5). Podemos afirmar que os nossos resultados vão de encontro a estudos realizados anteriormente, que referem que a utilização de estratégias de *coping* de controlo ou centradas no problema previne a ocorrência de *burnout*, enquanto a utilização de estratégias de fuga, evitamento ou centradas nas emoções provocam a ocorrência desta síndrome (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Tamayo & Tróccoli, 2002). Outros estudos também demonstraram que valores não elevados nas dimensões de exaustão emocional e despersonalização estão positivamente associados com o *coping* proactivo, bem como níveis elevados na dimensão de realização pessoal tenderão a significar uma maior utilização destas estratégias de *coping* (Pocinho & Capelo 2009; Silva 2008; Vara, Queirós, & Kaiseler, 2013).

No sentido inverso, no nosso estudo a dimensão de realização pessoal do *burnout* apresenta uma correlação negativa com as estratégias de *coping* associadas ao planeamento, reinterpretação positiva (*coping* proactivo) e uma correlação positiva com o desinvestimento comportamental. Atendendo a que a cotação desta dimensão do *burnout* é efetuada em sentido invertido, ou seja, valores mais baixos significam menor sentimento de realização pessoal e maior índice de *burnout* (Maslach & Jackson, 1996), na amostra estudada sugere-se que os profissionais com menores índices de realização profissional recorrem a estratégias de *coping* proactivo, ao passo, que os profissionais com maiores índices de realização pessoal recorrem a estratégias de *coping* passivas, tais como o desinvestimento comportamental. Os dados obtidos, opõem-se aos estudos encontrados na revisão da literatura (Gil-Monte, 2009; Greenglass, Burk, & Konarski, 1998; Mazon, Carlotto, & Câmara, 2008), que defendem que a adoção de estratégias de *coping* ativo (de controlo ou confronto) aumenta o sentimento de realização profissional.

Relativamente à variável idade, o tipo de correlação existente demonstra uma relação do tipo negativa com o *burnout*, evidenciando que à medida que a idade aumenta denota-se uma tendência de diminuição dos níveis de exaustão emocional. A literatura neste domínio corrobora os resultados obtidos, e demonstra que são os profissionais mais jovens que se encontram mais vulneráveis à emergência de *burnout* (Maslach et al., 2001). Este resultado vai ao encontro de outros estudos realizados, que nos indicam que os profissionais mais novos apresentam valores mais elevados de exaustão emocional (Cornelius & Carlotto, 2007; Oliveira & Pereira, 2012). Também num estudo comparativo realizado com profissionais de saúde brasileiros e portugueses, foi identificada uma associação significativa entre a idade e as dimensões do *burnout* (Carlotto, Queirós, & Dias, 2010). Uma explicação para esta evidência deriva do facto destes profissionais terem menos experiência, e por sua vez, sentirem uma maior insegurança na sua prática, o que pode gerar situações de maior *stress*, e assim maior probabilidade desta síndrome surgir nos primeiros anos de prática profissional (Tamayo & Tróccoli, 2002).

A partir dos resultados obtidos no nosso estudo constatámos a semelhança de estudos prévios referidos na literatura, que menores índices de *burnout* encontram-se associados à utilização de estratégias de *coping* adaptativas e contribuem para a uma melhor qualidade de vida profissional.

Considera-se que os resultados obtidos poderão constituir um contributo importante para a compreensão da síndrome de *burnout* no contexto de reabilitação e reforçar a relevância de integrar a prevenção desta síndrome nas políticas de saúde e segurança no trabalho. O presente estudo permitiu-nos de igual modo refletir sobre os riscos associados ao ato de cuidar, salientando a importância de promover boas práticas orientadas para o desenvolvimento de programas que visem a prevenção do *stress* ocupacional e a promoção de mecanismos de *coping* adaptativos. Esta seria uma medida com impacto considerável, na otimização do trabalho prestado pelo cuidador formal, promoção do seu bem-estar e qualidade de vida.

Este estudo é de carácter transversal, por isso circunscreve-se a um único momento no tempo. Desta forma, os resultados encontrados são unicamente correlacionais, não permitindo tirar ilações quanto às relações de causalidade. Investigações futuras devem ultrapassar a natureza descritiva e correlacional deste estudo através da implementação de estudos longitudinais, que permitam testar novos pressupostos baseados em modelos conceptuais e, acompanhar o trabalhador ao longo do tempo. Por outro lado, verifica-se a necessidade, nesta área em particular, de desenvolver estudos de investigação-ação, cujo objetivo vise implementar medidas de intervenção de carácter preventivo do *stress* ocupacional ao nível individual e institucional

5. Bibliografia

- Aitken, C., & Schloss, J. (1994). Occupational stress and burnout amongst staff working with people with an intellectual disability. *Behavioral Interventions*, 9(4), 225-234.
- Braunstein-Bercovitz, H. (2013). A multidimensional mediating model of perceived resource gain, work family conflict sources and burnout. *International Journal of Stress Management*, 20(2), 95-115. doi: 10.1037/a0032948
- Brewer, E., & Shapard, L. (2004). Employee burnout: A meta-analysis of the relationship between age or years of experience. *Human Resource Development Review*, 3(2), 102-123.
- Carlotto, M., Queirós, C., & Dias, S. (2010). Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: Um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*, 32, 4-21.
- Carvalho, P., & Sá, L. (2011). Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: tradução e adaptação cultural da escala “Professional Quality of Life 5”. Tese de Mestrado apresentada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Codo, W., & Lago, K. (2010). Fadiga por compaixão: O sofrimento dos profissionais em saúde. Petrópolis: Vozes. Retirado em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2013000200006>
- Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse and Neglect*, 30, 1071-1080. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.03.009
- Cornelius, A., & Carlotto, M. S. (2007). Síndrome de burnout em profissionais de urgência. *Psicologia em Foco*, 1(1), 15-27.
- Day, J., & Anderson, R. (2011). Compassion fatigue: An application of the concept to informal caregivers of family members with dementia. *Nursing Research and Practice*. doi:10.1155/2011/408024
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. (2001). The job demands resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499-512.
- Faragher, A., Cass, M., & Cooper C. (2005). The relationship between job satisfaction and health: A meta-analysis. *Occupational & Environmental Medicine*, 105-112.
- Fontes, A., Fernandes, A., & Botelho, M. A. (2010). Funcionalidade e Incapacidade: Aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 171-178.
- Frasquilho, M. (2005a). Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos: Prevenção tratamento. *Saúde Mental*, 23(2), 89- 98.

- Frasquilho, M. (2005b). Medicina, médicos e pessoas: Compreender o stress para prevenir o burnout. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 433-444.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. doi: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- Frydenberg, E. (2008). *Adolescent coping: Advances in theory, research and practice*. London: Routledge.
- Gil-Monte, P. (2005). Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista de Saúde Pública*, 39, 1-8. doi: 1590/S0034-89102005000100001
- Gil-Monte, P. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 169-173. Retirado em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17083203>
- Gomes, S., Santos, M., & Carolino, E. (2013). Psycho-social risks at work: Stress and coping strategies in oncology nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6), 1282-9. doi:10.1590/0104-1169.2742.2365
- Gray-Stanley, J., & Muramatsu, N. (2011). Work stress, burnout, and social and personal resources among direct care workers. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1065-1074.
- Greenglass, E., Burke, R., & Konarski, R. (1998). Components of burnout, resources and gender differences. *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 1088-1106. doi: 10.1111/j.1559-1816.1998.tb01669.x
- Haisch, D., & Meyers, L. (2004). MMPI-2 assessed post-traumatic stress disorder related to job stress, coping, and personality in police agencies. *Stress and Health*, 20(4), 223 -229.
- Jamieson, L., Teasdale E., Richardson, A., & Ramirez, A. (2010). *The stress of professional caregiving*. New York: Oxford University Press.
- Langdon, P., Yágüez, L., & Kuipers, E. (2007). Staff working with people who have intellectual disabilities within secure hospitals. *Journal of Intellectual Disabilities*, 11(4), 343-357. doi: 10.1177/174462507083584
- Latack, J. (1986). Coping with job stress: Measures and future directions for scale development. *Journal of Applied Psychology*, 71, 377-385. doi:10.1037/0021-9010.71.3.377
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-47.
- Lazarus, R. (1995). Psychological stress in work place. In R. Crandall & P.L. Perrewé (Eds.), *Occupational stress: A handbook*. Washington, DC: Taylor and Francis.
- Leiter, M. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behaviour*, 12, 123-144.

- Lin, L., & Lin, J. (2013). Job burnout amongst the institutional caregivers working with individuals with intellectual and developmental disabilities: Utilization of the Chinese version of the Copenhagen Burnout Inventory survey. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, 777–784. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2013.03.004>
- Luis, J., Ribeiro, P., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do *coping*: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 3–15.
- Manita, C. (2003). Quando escutar faz mal... Prevenção do burnout num grupo de profissionais de atendimentos a vítimas de violência doméstica. Porto: F.P.C.E.U.P.
- Maroco, J., & Tecedreiro, M. (2009). Inventário de Burnout de Maslach para estudantes portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10, 227-235. Retirado em: www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v10n2/v10n2a06.pdf
- Martins, T., Pais-Ribeiro, J., & Garret, C. (2003). Estudo sobre a validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 131-148.
- Maslach C, Jackson S, & Leiter, M. (1996). *The Maslach burnout inventory: Test manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., & Leiter, P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397- 422.
- Mazon, V., Carlotto, M., & Câmara, S. (2008). Síndrome de burnout e estratégias de coping em professores de escolas municipais da área urbana de uma cidade do litoral norte do Rio Grande do Sul. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60, 55-66.
- McHolm, F. (2006). Rx for compassion fatigue. *Journal of Christian Nursing*, 23(4), 12-19.
- Monteiro, B., Cristina, Q., & António, M. (2014). Empatia e engagement como preditores do burnout em cuidadores formais de idosos. Empathy and engagement as predictors of burnout among professional caregivers of elderly people. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 1–11. doi:10.15309
- Montero-Marín, C., García- Campayo, J., Mera, D., & Hoyo, Y. (2009). A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 4(31). doi: 10.1186/1745-6673-4-31.
- Morán M., & Maria, S. (2012). Personalidade resiliente ao burnout: Estratégias de coping. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 1, 93–102.
- Müller, D. (2004). A síndrome de burnout no trabalho de assistência à saúde: Estudo dos profissionais da equipe de enfermagem do Hospital Santa Casa da Misericórdia de Porto Alegre. Tese de Mestrado. Porto Alegre: Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

- Oliveira, V., & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros - Impacto do trabalho por turnos. *Revista de Enfermagem*, 3, 43–54.
- Patrick, N. (2007). Burnout in nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 43-48.
- Pearlman, B., & Hartman, E. (1982). Burnout: Summary and future research. *Human Relations*, 35, 283-305. doi: 10.1177/001872678203500402
- Pereira, A., Queirós, C., Gonçalves, S., Carlotto, M., & Borges, E. (2014). *Burnout e interação trabalho - Família em enfermeiros: Estudo exploratório com o survey work-home interaction nijmegen (swing)*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 24–30.
- Pines, A. (1993). Burnout: An existential perspective. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds), *Professional burnout. Recent developments in theory and research*. Washington: Taylor & Francis.
- Pinto, A., Silva, A., & Lima, M. (2003). Stress profissional em professores portugueses: Incidência, preditores e reação ao burnout. *Psychologia*, 33,181-194.
- Pocinho, M., & Capelo, M. (2009). Vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e auto eficiência em professores portugueses. *Educação e Pesquisa*, 35, 351-367. doi: 10.1590/S1517-97022009000200009
- Portugal, L. (2007). As pessoas com deficiências numa sociedade inclusiva. *Rediteia*, 39, 28-30. Portugal: REAPN. Retirado em: http://www.reapn.org/publicacoes_visualizar.php?ID=98
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion fatigue and burnout. Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), 56-62. doi: 10.1188/10.CJON.E56-E62
- Queirós, P. (2005). Burnout no trabalho conjugal em enfermeiros portugueses. Coimbra: Edições Sinais Vitais.
- Radey, M., & Figley, C. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 207-214. doi:10.1007/s10615-007-0087-3
- Ribeiro, L., Gomes, A., & Silva, M. (2010). Stresse ocupacional em profissionais de saúde : Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. *Actas Do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 2, 1494–1508.
- Ricarte, L. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Retirado em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>
- Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., Grigoletti, L., & Amaddeo, F. (2012). Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in 24 community-based mental health services. *Psychiatry Research*, 200, 933-938. doi: org/10.1016/j.psychres.2012.07.029.
- Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *MedsCape*. Retrieved from <http://www.medscape.com/viewarticle/745292>

- Salanova, M. (2009). Organizacion es saludables, organizaciones resilientes. *Gestiónpráctica de Riesgos Laborales: Integración y Desarrollo de la Gestión de la Prevención*, 58, 18-23.
- Santos, A., & Cardoso, C. (2010). Profissionais de Saúde mental: Estresse e estressores ocupacionais em saúde mental. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 245-253. Retirado em: www.scielo.br/pdf/pe/v15n2/a03v15n2.pdf
- Santos, D. (2010). Avanços em investigação sobre os eixos estratégicos do PNS 2011-2016. In *Contributo da UAL para o Plano Nacional de Saúde de 2011-2016*, 36-49.
- Schaufeli, W., Bakker, A., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kadler, A. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout measure. *Psychology and Health*, 16, 565-582, doi: 10.1080/08870440108405527
- Schaufeli, W., & Bakker, A. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315. doi: 10.1002/job.248
- Schulz, R., & Quittner, A. (1998). Caregiving through the life span: Overview and future directions. *Health Psychology*, 17(2), 107-111.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto.
- Silva, R. (2009). *Burnout, coping e resiliência em auxiliares*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. PPCE Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação- Universidade do Porto.
- Silva, R. (2008). *Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Braga: Universidade do Minho.
- Stamm, B. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test.
- Stamm, B. (2010). *The concise ProQOL manual*. Pocatello, ID: ProQOL.org. Retrieved from <http://www.proqol.org/uploads/ProQOL>
- Sundin, L., Hochwälder, J., Bildt, C., & Lisspers, J. (2007). The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 758.
- Takai, M., Takahashi, M., Iwamitsu, Y., Ando, N., Okazaki, S., Nakajima, K., & Miyaoka, H. (2009). The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: Relations to depression and quality of life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49. doi: 10.1016/j.archger.2008.07.002
- Tamayo, M., & Tróccoli, B. (2002). Exaustão emocional: Relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 7(1) 37-46.
- Testad, I., Mikkelsen, A., Ballard, C., & Aarsland, D. (2010). Health and well-being in care staff and their relations to organizational and psychosocial factors, care staff and resident factors in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 789-797. doi: 10.1002/gps.2419

- Thomas, P., Lalloué, F., Preux, P., Hazif. Thomas, C., Pariel, S., Inscale, R., & Clément, J. (2006). Dementia patients caregivers quality of life: The PIXEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 50-56. doi: 10.1002/gps.1422
- Vara, N., Queirós, C., & Kaiseler, M. (2013). Estratégias de coping e emoções como preditoras do risco de burnout em bombeiros.
- Vicente, O. (2013). Análise fatorial do Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 152–167.
- Winstanley, S., & Whittington, R. (2002). Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: A cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. *Work & Stress*, 16(4), 302 – 315.
- Zamora, G., Castejón, E., & Fernández, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 323-336.

ANEXOS

Anexo 1- Valores do Alfa de Cronbach das escalas de avaliação utilizadas

Tabela 1. Valores do *Alfa de Cronbach* para o *MBI- Maslach Burnout Inventory*.

Estudos	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal	Burnout Total
Maslach, Jackson e Leiter (1996)	0.90	0.79	0.71	-
Santos (2008)	0.88	0.67	0.76	0.87
M.P. Silva (2008)	0.81	0.31	0.60	0.75
Neste estudo	0.83	0.56	0.81	0.75

Tabela 2. Valores do Alfa de Cronbach para as subescalas do *Brief COPE*.

Estudos	CA	P	SI	SE	R	RP	AC	A	ES	N	AD	DC	US	H
Carver (1997)	0.68	0.73	0.64	0.71	0.82	0.64	0.64	0.57	0.50	0.54	0.71	0.65	0.90	0.73
Ribeiro e Rodrigues (2004)	0.65	0.70	0.81	0.79	0.80	0.74	0.62	0.55	0.84	0.72	0.67	0.78	0.81	0.83
Silva (2009)	0.50	0.69	0.77	0.67	0.73	0.81	0.47	0.70	0.89	0.71	0.05	0.64	0.85	0.79
Estudo Atual	0.64	0.64	0.67	0.70	0.83	0.79	0.53	0.66	0.76	0.61	0.48	0.51	0.72	0.69

Anexo 2

Tabela 3. Classificação das dimensões do *Burnout* segundo Manita (2003), a partir de Maslach, Jackson e Leiter (1981, 1996).

Subescala MBI	Baixo	Médio	Elevado	Média	D.P
Exaustão Emocional	0-16	17-26	27 ou +	20,99	10,75
Realização Pessoal *	0-31	32-38	39 ou +	34,58	7,11
Despersonalização	0-6	7-12	13 ou +	8,73	5,89

* cotação em sentido invertido, ou seja, valores mais baixos representam menor sentimento de realização pessoal (Maslach e Jackson em 1996, traduzido e adaptado por Gomes, Melo e Cruz em 2000).

Anexo 3 - Pedido de Autorização para realização de investigação



Oliveira do Hospital, 6 de fevereiro de 2014

Exma. Senhora Presidente da Direção da ARCIAL

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo científico

Lúcia Isabel Narciso Prata psicóloga na ARCIAL- Associação Para Recuperação de Crianças Inadaptadas e aluna da Universidade de Aveiro, vem por este meio requerer a V^a Ex^a se digne a autorizar a colaboração na recolha de dados para a realização de um estudo científico sob o tema "*Burnout, Coping* e Qualidade de Vida do cuidador formal em contexto de reabilitação", no âmbito da tese de mestrado do curso de Psicologia, na especialização de Psicologia Clínica e da Saúde sob a orientação da Professora Doutora Anabela Pereira. O estudo pretende avaliar os níveis de *burnout* (esgotamento físico e mental) e os modos de *coping* (estratégias utilizadas para lidar com situações difíceis) experienciados por uma amostra de cuidadores formais de jovens e adultos com dificuldades intelectuais e de desenvolvimento e ou doença mental e impacto destas variáveis na sua qualidade de vida profissional. A recolha de dados será realizada através do preenchimento dos questionários que seguem em anexo de modo estritamente confidencial e anónima, mediante autorização individual de cada participante na investigação. Espera-se que os resultados deste estudo tragam alguns contributos que permitam um maior conhecimento da área e ganhos para a saúde e bem-estar dos profissionais envolvidos.

Agradeço desde já toda a atenção e colaboração que possa dispensar.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional,

Pede deferimento

Com os melhores cumprimentos,

Lúcia Isabel Narciso Prata

Oliveira do Hospital, 6 de fevereiro de 2014

Exm^o Senhor Presidente da ABPG- Associação de Beneficência Popular de Gouveia

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo científico

Lúcia Isabel Narciso Prata, psicóloga na ARCIAL- Associação Para Recuperação de Crianças Inadaptadas e aluna da Universidade de Aveiro, vem por este meio requerer a V^a Ex^a se digne a autorizar a colaboração na recolha de dados para a realização de um estudo científico sob o tema "*Burnout, Coping* e Qualidade de Vida do cuidador formal em contexto de reabilitação", no âmbito da tese de mestrado do curso de Psicologia, na especialização de Psicologia Clínica e da Saúde sob a orientação da Professora Doutora Anabela Pereira. O estudo pretende avaliar os níveis de *burnout* (esgotamento físico e mental) e os modos de *coping* (estratégias utilizadas para lidar com situações difíceis), experienciados por uma amostra de cuidadores formais de jovens e adultos com dificuldades intelectuais e de desenvolvimento e ou doença mental e impacto destas variáveis na sua qualidade de vida profissional. A recolha de dados será realizada através do preenchimento dos questionários que seguem em anexo (Protocolo de Avaliação) de modo estritamente confidencial e anónima, mediante autorização individual de cada participante na investigação. Espera-se que os resultados deste estudo tragam alguns contributos que permitam um maior conhecimento da área e ganhos para a saúde e bem-estar dos profissionais envolvidos.

Agradeço desde já toda a atenção e colaboração que possa dispensar.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional,

Pede deferimento

Com os melhores cumprimentos,

Lúcia Isabel Narciso Prata

Oliveira do Hospital, 6 de fevereiro de 2014

Exm^o. Senhor Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Galizes - “Casa S. João de Deus”

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo científico

Lúcia Isabel Narciso Prata, psicóloga na ARCIAL- Associação Para Recuperação de Crianças Inadaptadas e aluna da Universidade de Aveiro, vem por este meio requerer a V^a Ex^a se digne a autorizar a colaboração na recolha de dados para a realização de um estudo científico sob o tema “*Burnout, Coping* e Qualidade de Vida do cuidador formal em contexto de reabilitação”, no âmbito da tese de mestrado do curso de Psicologia, na especialização de Psicologia Clínica e da Saúde sob a orientação da Professora Doutora Anabela Pereira. O estudo pretende avaliar os níveis de *burnout* (esgotamento físico e mental) e os modos de *coping* (estratégias utilizadas para lidar com situações difíceis), experienciados por uma amostra de cuidadores formais de jovens e adultos com dificuldades intelectuais e de desenvolvimento e ou doença mental e impacto destas variáveis na sua qualidade de vida profissional. A recolha de dados será realizada através do preenchimento dos questionários que seguem em anexo (Protocolo de Avaliação) de modo estritamente confidencial e anónima, mediante autorização individual de cada participante na investigação. Espera-se que os resultados deste estudo tragam alguns contributos que permitam um maior conhecimento da área e ganhos para a saúde e bem-estar dos profissionais envolvidos.

Agradeço desde já toda a atenção e colaboração que possa dispensar.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional,

Pede deferimento

Com os melhores cumprimentos,

Lúcia Isabel Narciso Prata

Anexo 4 - CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a informação que se segue. Se necessitar não hesite em solicitar esclarecimentos.

Título do estudo: *Burnout, Coping* e Qualidade de Vida do cuidador formal em contexto de reabilitação.

Enquadramento: Este estudo insere-se no âmbito do 2º ano do ciclo de estudos do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro, da aluna Lúcia Isabel Narciso Prata, sob orientação científica da Professora Doutora Anabela Pereira.

Explicação do estudo: O projeto a desenvolver consiste numa proposta para a avaliação dos níveis de *burnout* (esgotamento físico e mental) e os modos de *coping* (estratégias para lidar com situações difíceis) experienciados por uma amostra de cuidadores formais de jovens e adultos com dificuldades intelectuais e de desenvolvimento e ou doença mental e impacto destas variáveis na sua qualidade de vida profissional. A recolha de dados será realizada através do preenchimento dos questionários que seguem em anexo. Estes avaliam a síndrome de *burnout*, os mecanismos de *coping*, e a qualidade de vida profissional, objectivando uma melhor caracterização e compreensão destas variáveis e consequente prevenção destes problemas.

Protocolo de avaliação: A presente investigação compreende um único momento de avaliação com os seguintes instrumentos: **Questionário sócio demográfico; Questionário BRIEF COPE**, instrumento desenvolvido e adaptado para a população portuguesa para avaliar os mecanismos de *coping*; **Inventário MBI –Maslach Burnout Inventory**, inventário adaptado à população portuguesa para medir o *Burnout* e a **Escala de Qualidade de Vida Profissional - ProQOL**.

Condições: A participação no estudo é **voluntária**, não sendo oferecida qualquer remuneração ou gratificação. Mesmo concordando em participar, poderá abandonar a investigação a qualquer momento, sem qualquer penalização, devendo para o efeito comunicá-lo ao investigador.

Garantimos a **confidencialidade** e **anonimato** e uso exclusivo dos dados recolhidos para efeitos de investigação.

Contacto: Agradeço a sua colaboração e disponibilizo-me desde já, para prestar esclarecimentos adicionais.

Para mais informações e/ou esclarecimentos contactar:

Lúcia Isabel Narciso Prata Telemóvel: 91 7931784 Email: lucia.prata@iol.pt

Nome e Assinatura da Investigadora

Data __ / __ / __

Lúcia Isabel Narciso Prata

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome e Assinatura do Participante

Data __ / __ / __

ANEXO 5 - Protocolo de Avaliação

UNIVERSIDADE DE AVEIRO
Departamento de Educação 2014
PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO

A seguir, encontrará alguns questionários que têm como objetivo avaliar os níveis de *burnout* (esgotamento físico e mental), os modos de *coping* (estratégias para lidar com situações difíceis) e o impacto destas variáveis na sua qualidade de vida profissional. O preenchimento dos questionários é voluntário e anónimo. O seu consentimento é solicitado numa página separada deste protocolo. Todas as informações fornecidas são confidenciais e serão utilizadas somente para fins de investigação científica. Os resultados não serão analisados individualmente, mas em termos gerais, conjuntamente com as respostas de outros participantes.

Os questionários que irá encontrar, apresentam no início, instruções de preenchimento, sendo muito importante que responda a todas as questões para que os dados possam ser corretamente analisados. Não há respostas certas ou erradas, sendo que o mais importante é mesmo a sua opinião e a sua experiência.

O preenchimento do conjunto dos questionários leva cerca de 15 - 20 minutos. Desde já, agradeço a sua disponibilidade para participar neste estudo. O seu contributo é essencial para um maior conhecimento da temática em análise.

Por favor, vire a página e comece a responder.

Muito obrigada!

Lúcia Prata



QUESTIONÁRIO SÓCIO - DEMOGRÁFICO

Instruções de preenchimento:

Por favor, preencha o questionário com atenção e **responda a todas as questões**. Para responder coloque uma cruz (X) na alternativa de resposta que melhor reflete a sua situação, ou escreva a resposta no espaço fornecido.

1. Idade: _____
2. Sexo: Masculino _____ Feminino _____
3. Estado civil:
 - ☐ Solteiro(a)
 - ☐ Casado(a)
 - ☐ União de facto
 - ☐ Divorciado ou separado
 - ☐ Viúvo
4. Tem filhos Sim _____ Não _____
5. Habilitações Literárias:
 - ☐ Básico - 1º ciclo (4º ano)
 - ☐ Ensino Básico - 2º ciclo (6º ano)
 - ☐ Básico - 3º ciclo (9º ano)
 - ☐ Ensino Secundário (12º ano)
 - ☐ Bacharelato
 - ☐ Licenciatura
 - ☐ Mestrado
 - ☐ Doutoramento
6. Profissão

7. Função exercida atualmente na instituição

8. Tempo de Serviço na função exercida

9. Serviço, setor, unidade ou resposta social

10. Local de Trabalho

11. Horário semanal:
 - ☐ 35h/semana
 - ☐ 40h/semana
 - ☐ Tempo parcial **Quantas horas/semana** _____
12. Trabalha por turnos Sim _____ Não _____



BRIEF-COPE

Os itens que vai encontrar abaixo exprimem o modo como lida com o *stress*/ situações stressantes na sua vida profissional. Há muitas maneiras de lidar com o *stress*/situações de dificuldade e estes itens questionam o que faz para lidar com essas situações diariamente. Obviamente, diferentes pessoas lidam com as situações de modo diferente, mas estamos interessados no modo como você lida com as situações. Cada item expressa um modo particular de lidar com os acontecimentos. Queremos saber em que extensão faz aquilo que o item diz, quanto ou com que frequência. Não responda com base no que lhe parece ter sido mais eficaz na altura, mas assinale se adopta ou não a estratégia referida em cada item para lidar com as situações difíceis no seu trabalho. Responda com uma cruz (X) nos espaços, com o máximo de verdade, utilizando as alternativas de resposta apresentadas.

	Nunca faço isto	Faço isto por vezes	Em média é isto que faço	Faço sempre isto
1. Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação				
2. Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação				
3. Tenho dito para mim próprio(a): "isto não é verdade"				
4. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc...) para me sentir melhor				
5. Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos)				
6. Simplesmente desisto de tentar lidar com a situação problema				
7. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação				
8. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo				
9. Fico aborrecido(a) e expresso o meu sentimento				
10. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação				
11. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas				
12. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva				
13. Faço críticas a mim próprio				
14. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer				
15. Procuo o conforto e compreensão de alguém				
16. Desisto de me esforçar para lidar com a situação				
17. Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer				
18. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira				
19. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como, ir ao cinema, ver TV, ler ou ir às compras				
20. Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer				
21. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento				
22. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual				
23. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo				
24. Tento aprender a viver com a situação				
25. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação				
26. Culpo-me pelo que está a acontecer				
27. Rezo ou medito				
28. Enfrento a situação com sentido de humor				

Pais Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). *Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope*. *Psicologia: Saúde e Doenças*, 5 (1), 3-15.



MBI - MASLACH BURNOUT INVENTORY

Assinale para cada questão a frequência com que vive ou sente cada uma das situações a seguir descritas. Para a sua resposta tome como referência os últimos três meses da sua atividade profissional.

	Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1. O meu trabalho esgota-me emocionalmente							
2. Sinto-me exausto(a) no fim de um dia de trabalho							
3. Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho que enfrentar um novo dia de trabalho							
4. Compreendo facilmente o que sentem as outras pessoas							
5. Sinto que trato algumas pessoas como se fossem objetos							
6. Trabalhar com pessoas todos os dias é para mim uma grande fonte de stress							
7. Lido eficazmente com os problemas das outras pessoas							
8. O meu trabalho deixa-me exausto(a)							
9. Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente as vidas das outras pessoas							
10. Tornei-me mais indiferente nas relações com as pessoas desde que tenho este trabalho							
11. Preocupa-me que este trabalho me esteja a tornar emocionalmente mais duro(a)							
12. Sinto-me muito enérgico(a)							
13. Sinto-me frustrado(a) no trabalho							
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado							
15. Não quero saber o que vai acontecer a algumas pessoas com quem trabalho							
16. Trabalhar directamente com pessoas causa-me demasiado stress							
17. Consigo criar facilmente um ambiente descontraído com as pessoas com quem trabalho							
18. Sinto-me muito feliz por estar com as pessoas com quem trabalho							
19. Conquistei muita coisa com valor no meu trabalho							
20. Sinto-me como se estivesse à “beira do abismo”							
21. No meu trabalho lido muito calmamente com os problemas emocionais							
22. Sinto que as pessoas com quem trabalho me culpam por alguns dos seus problemas							

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL (PROQOL)

Satisfação e Fadiga de Compaixão (ProQOL) Versão 5 (2009)

Ao prestar auxílio está a contactar diretamente com as vidas das pessoas. Como já deve ter percebido a compaixão que tem por quem ajuda pode afetá-lo(a). Abaixo pode encontrar algumas perguntas acerca das experiências, tanto positivas como negativas, que teve enquanto cuidador. Analise e responda às perguntas acerca da sua vida e da sua atual situação profissional. Escolha o número que melhor reflete a frequência com que foi confrontado, **nos últimos 30 dias**, com as seguintes situações ou sentimentos.

[illegible]

© B. Hudnall Stamm, 2009. *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*.
/www.isu.edu/~bhstamm or www.proqol.org. This test may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no changes are
made, and (c) it is not sold.

